

HANDICAP ET CORPS ETRANGERS ORL, A propos de quatre observations originales

Medical handicap and otorhinolaryngologic foreign bodies about 4 original cases

Timbo S.K., Keita M .A., Doumbia –Singare K., Togola-Konipo F.,Traore L., Guindo B., Soumaoro S., Ag Mohamed A.*

Correspondances à adresser à : Docteur TIMBO Samba Karim. Service ORL CHU Gabriel Touré - BP 267 Bamako Mali Email : sktimbo@yahoo.fr

RESUME

La multiplicité des variantes de la pathologie des corps étrangers des voies aéro-digestives détermine plusieurs aspects souvent complexes du point de vue de leur physiopathologie, de leur nature et aussi du siège de leur incarceration. La présence d'un handicap ou d'un terrain particulier peut accroître la morbidité et exposer à des risques majeurs. Nous rapportons quatre observations dont un cas de corps étranger œsophagien chez un lépreux, un cas œsogastrique chez une malade mentale et deux cas laryngotrachéobronchiques lors de crise d'épilepsie. De la rareté de tels accidents chez l'adulte à leur survenue lors d'une perte de connaissance ou d'un délire, l'histoire clinique pêche à défaut .La symptomatologie peut être atypique ou trompeuse. Le syndrome de pénétration classique ne peut être relaté. Un examen clinique bien conduit et concerté, complété par des examens paracliniques justifiés permettent un diagnostic précoce.

L'oesophagoscopie d'une part et la trachéobronchoscopie d'autre part ont permis l'extraction de ces corps étrangers.

Mots clés : Corps étrangers- épilepsie – lèpre- psychopathie.

SUMMARY

The multiple variant of aero-digestive foreign bodies' pathology determine many complex aspects with regard to their physiopathology, nature, and their location.

The presence of a medical handicap or any particular condition could increase morbidity and expose to major risks. We are reporting here about 4 cases including an esophagus foreign body in a leprosy patient, an esophago-gastric case in a mental disorder patient, and two laryngeal-tracheal-bronchial cases during epileptic episodes.

From the rarity of such accidents in an adult to their happening during a loss of consciousness or a delirious state, the clinical history is always missing. The symptoms are atypical and may misguide.

The classical penetration syndrome cannot be reported. Only a clinical examination carefully conducted and completed with targeted para clinical examinations can help make early diagnosis.

Endoscopy of the Esophagus on one hand, and endoscopy of the trachea and lungs on the other hand were used to extract these foreign bodies.

Key words: Foreign Bodies - epilepsy – leprosy - psychopaths.

INTRODUCTION

Parler de handicap en ORL fait allusion à une dysfonction motrice, sensitive ou sensorielle. En fait des handicaps ou certains peuvent plutôt avoir des conséquences ORL ou déterminer des pathologies du ressort des ORL comme celle des corps étrangers. Elle constitue

une entité ayant présenté des multitudes de variantes selon la nature des corps étrangers et les circonstances de survenue. La lèpre, l'épilepsie et les psychopathies peuvent être de celle-ci et comme des handicaps déterminer une certaine morbidité.

L'ingestion comme l'inhalation de corps étranger est un fait largement décrit dans la littérature. Beaucoup plus fréquemment il est question de corps ingérés qu'inhalés et connus pour être l'apanage du petit garçon entre 2 et 8 ans (1, 2,3).

La pièce de monnaie est la plus représentée dans l'œsophage et la graine de cacahuète la plus présente dans les voies respiratoires (1,2). Toutefois selon le contexte, des variations peuvent s'observer à l'origine d'un 2ème pic de

fréquence chez l'adulte de plus de 50 ans (1).

La présente est une illustration à travers quatre cas particuliers de corps étrangers mettant en exergue une morbidité accrue devant la présence d'un handicap ou d'un terrain particulier.

Nos observations ci-dessous nous permettent d'attirer l'attention des praticiens :

-sur les risques auxquels peut exposer un handicap ou liés à un handicap ou à un terrain particulier.

-sur la prise en charge multidisciplinaire des signes ;

- sur la diversité en matière de corps étranger.

OBSERVATION N°1

Monsieur M.B âgé de 58 ans préalablement cultivateur dans son village natal, résidait à Bamako sans domicile fixe depuis une dizaine d'années. Il vivait de mendicité le long des grands axes routiers à travers la ville.

Devant la dysphagie intense et une hyper-sialorrhée profuse d'apparition brutale il a été conduit à l'hôpital après une heure d'évolution.

Dans ses antécédents on a retrouvé une lèpre

évoluant depuis une trentaine d'année et stabilisée à sa phase séquellaire. Ses séquelles consistaient en une amputation quasi complète de tous les doigts des deux mains et des orteils des deux pieds qui ne se résument qu'aux deux paumes et aux plantes des pieds, une lagophthalmie, un nasonnement.

A l'interrogatoire il signalait un arrêt de corps dans le cou.

Son état bucco-dentaire était très mauvais avec des absences multiples.

Son état mental était bon, aussi bien que son état général.

Une radiographie cervico-thoracique de face a mis en évidence une image arrondie d'allure métallique de siège cervical à la hauteur de C5-C6 (figure 1).

L'histoire de la maladie aidée de l'imagerie a fait conclure un corps étranger de l'œsophage en l'occurrence une pièce de monnaie. L'œsophagoscopie au tube rigide effectuée le même jour sous anesthésie générale a permis d'extraire la pièce de monnaie. Il s'agissait d'une pièce de 25FCFA.

OBSERVATION N°2

Mme K.K âgée de 31 ans ménagère à Bamako était suivie pour un syndrome de pneumopathie chronique obstructive dans le service de pneumologie évoluant depuis sept mois.

En fait le début a été marqué par un syndrome fébrile soixante douze heures après une grande crise tonico-clonique brève qui s'était résolue progressivement à domicile. L'examen clinique du jour était sans particularité. Une goutte épaisse réalisée à l'occasion s'est révélée négative. Néanmoins un traitement d'épreuve a été institué sans succès. Puis à la fièvre s'était ajoutée après 72 heures d'évolution une dyspnée aux deux temps avec bronchorrhée grasse, importante. Une radiographie du thorax de face a été normale et une recherche de BAAR dans les crachats négative. Un avis demandé en cardiologie s'est révélé normal.

Elle a ainsi été suivie en externe pour une toux persistante avec des épisodes de pneumopathie récidivante, fréquemment traitée par antibiothérapie et broncho-dilatateurs sans succès. La recherche de BAAR dans les crachats a été négative de nouveau.

Dans ses antécédents on a retrouvé une hospitalisation pour un coma durant 72 heures suite à un paludisme grave à l'âge de 09 mois. A partir de l'âge de 02 ans elle a été soumise à différents traitements anti convulsivants pour des crises tonico-cloniques au rythme de une ou deux crises par mois. On ne note aucun effet secondaire des traitements en cours, ni de tabagisme ou d'exposition quelconque des voies respiratoires.

C'est au cours d'un nouvel épisode de pneumopathie qu'un scanner thoracique a été initié et le résultat a été le suivant : Corps

étranger cylindrique avec coque calcifiée de la bronche souche gauche avec bronchite chronique des lobes supérieurs faisant évoquer un granulome endothoracique calcifié ou une bronchiolite (figure 2).

Ainsi elle a été référée dans le service ORL pour avis sur une toux chronique avec des épisodes de dyspnée. Aucune autre pathologie n'est retrouvée. L'hypothèse d'un corps étranger vieilli a été évoqué et une trachéobronchoscopie programmée.

La trachéobronchoscopie a été effectuée sous anesthésie générale au tube rigide. Il a été extrait de la bronche souche gauche une noix de fruit de *ballanites aegyptiaca* ou myrobolan d'Égypte. Cette endoscopie s'est bien déroulée.

OBSERVATION N° 3

Monsieur T.B 38 ans Menuisier métallique a été référé d'un pays voisin pour dyspnée avec tirage et cornage accompagnée de toux et dysphagie évoluant depuis 02 jours.

En fait l'histoire remonte à quatre jours avant au décours d'une crise tonico-clonique par l'apparition de cette symptomatologie. Il est reçu en première intention dans un centre de référence de deuxième niveau où une radiographie du thorax a été normale. Un traitement a été institué à base de corticoïde par voie générale associé à un bronchodilatateur par voie locale en inhalation sans succès.

Dans ses antécédents on a retrouvé:

- une notion de crises tonico-cloniques épisodiques depuis 6ans apparues dans les suites d'un accident de la voie publique avec perte de connaissance durant 05 jours.

- une fracture du fémur suite à une chute à l'occasion d'une crise tonico-clonique sous surveillance traditionnelle et consolidée en position vicieuse.

- avulsions dentaires suite à l'accident et port de prothèse dentaire.

L'examen clinique à l'entrée a retrouvé la dysphagie et une dyspnée de type laryngée de stade 1.

Son état général était légèrement altéré et son état mental sans particularité.

Sur le plan physique ORL il n'y avait pas de particularité.

A l'examen buccal on a noté une absence des dents 11, 21 et 22.

L'examen des autres organes était normal.

L'inhalation de corps étranger a été suspectée.

Une nouvelle radiographie du thorax prenant le cou a été normale.

Une nasofibroscopie a retrouvé un corps d'allure plastique encastré dans la glotte, sale avec un œdème important des bandes ventriculaires et des cordes vocales sur leurs tiers postérieures.

Une endoscopie a été décidée sous anesthésie générale.

A la phase d'induction des difficultés de ventilation au ballon ont été constatées.

Le premier temps a été une exposition du larynx au laryngoscope. Ceci a permis d'aspirer les sécrétions de l'hypopharynx et les enduits déposés sur le corps. Le corps a été ainsi individualisé et il s'agissait d'une prothèse dentaire avec trois dents plaquées sur la bande ventriculaire gauche avec prolongation du support à travers la glotte dans le larynx (figure 4 et 4bis).

La première tentative ayant été laborieuse et hémorragique faute de pinces adéquates. Une trachéotomie de sécurité a été faite et l'intervention reportée. L'extraction a été possible lors de la deuxième tentative quatre jours après en dépit d'une hémorragie de petite abondance en per opératoire.

L'oesophagoscopie a été faite en fin d'intervention et était normale.

Soixante douze heures plus tard une nasofibroscope a permis de visualiser une amputation du tiers postérieur de la corde vocale gauche.

Un traitement à base d'antibiotique, d'antalgique et de mucolytique a été prescrit.

La décanulation a été possible sans difficulté le cinquième jour sur une dysphonie.

OBSERVATION N° 4

Mme K.O âgée de 35 ans a été adressée pour corps étranger objectivé à la fibroscopie œsogastroduodénale.

Le début de ses plaintes remonterait à 1 mois auparavant par l'ingestion d'une solution d'acide chlorhydrique pour laquelle elle a été hospitalisée dans un hôpital de 2ème niveau où elle reçut un traitement à base d'IPP, d'atropine et de charbon. Quinze jours plus tard elle a présenté un épisode d'hématémèse de moyenne abondance pour laquelle elle a été référée et hospitalisée dans un centre de santé de premier niveau.

Dans ses antécédents on a retrouvé une notion de crises de psychose délirantes épisodiques.

Il n'y a pas d'autres particularités pathologiques.

A l'admission dans le service de gastroentérologie, elle présentait outre un bon état général, un mélaena au toucher rectal et une hémoglobine à 9g/dl.

Sur un transit œsogastroduodénal on a retrouvé une sténose caustique du tiers supérieur de l'œsophage peu obstructive et un aspect de gastrite.

Une fibroscopie oeso-gastro-duodénale à la troisième semaine a objectivé des lésions ulcéronécrotiques grade II et III.

Le traitement à base d'IPP a été reconduit.

C'est au bout de la 4^{ème} semaine que sont apparus des régurgitations accompagnées de vomissements épisodiques et une sensation de corps étranger cervical.

Une nouvelle fibroscopie a objectivé un corps étranger intraoesophagien quasi obstructif noirâtre d'aspect fibreux, mou à environ 30 cm. Une tentative d'extraction a été vaine par la taille de la pince et du volume du corps étranger.

En ORL sous anesthésie générale par endoscopie rigide le corps étranger a été vu à 38 cm et ses caractères confirmés. Les premières tentatives à la pince ramènent des débris de tissu synthétique. Les autres tentatives ont fait craindre une déchirure de l'œsophage mais ont pu ramener le corps étranger (figure 5). Toute la muqueuse était hémorragique et une sonde naso gastrique a été mise en place. Il s'agissait d'un tee-shirt pour enfant que la patiente semble avoir ingérée lors d'une de ses crises de délire (figure 6). Les suites opératoires ont été simples et la malade a été transférée en service de gastroentérologie d'où elle avait été référée.

DISCUSSION

On assiste à une particularité tant par la physiopathologie que par la nature des corps étrangers.

De ces quatre observations nous retenons l'existence d'un handicap.

D'une part il s'agit d'une séquelle de lèpre. Dans ce cas il s'agit d'un handicap physique par l'état séquellaire de cette lèpre aggravé par l'état dentaire défectueuse. Ce patient usait d'astuces pour toute préhension. Ainsi pour tout acte ou geste de manipulation le sujet faisait intervenir les deux paumes, les lèvres et la bouche pour une parfaite préhension. C'est ainsi que ce patient en tentant une manipulation a ingéré involontairement une pièce de monnaie de vingt cinq francs CFA mesurant 27mm de diamètre. Nous assistons là, à la

co-existence de deux facteurs concourant tous à faciliter la survenue de tels accidents. Ces 2 facteurs sont connus dans la littérature à savoir: l'état dentaire défectueux auquel s'ajoute l'état de handicap physique séquellaire induit par la lèpre. Il est nécessaire d'évoquer ici les lésions muqueuses oropharyngées observées au cours de la lèpre à savoir: la fibrose cicatricielle des lèvres, la glossite lépreuse avec rigidité, la rétraction et la diminution de la mobilité linguale, l'infiltration nodulaire au niveau du voile et l'atrophie de la paroi postérieure du pharynx et des amygdales. Il existe donc des troubles trophiques où les atteintes nerveuses ne sont pas à occulter sur ces différents territoires (1).

D'autre part il s'agit en premier d'une patiente épileptique connue, une handicapée neurologique depuis le bas âge. L'histoire a révélé que la crise tonico-clonique est survenue pendant que la patiente suçait des noix de Salanitès aegyptiaca ou datte du désert ou

myrobalan d'Égypte. Trois noix ont été extraites de sa bouche vers la fin de sa crise une noix a été inhalée pendant la crise épileptique.

En deuxième position le sujet est porteur d'une prothèse dentaire amovible qui a subi l'usage du temps depuis quatre ans.

Chez l'adulte, ces accidents sont rares et sont rencontrés dans des circonstances particulières : maladie mentale, port de prothèses, altérations de la conscience (alcoolique ou iatrogène), affections neurologiques centrales (1,4,5). Nos deux cas s'inscrivent dans cette dernière catégorie où l'inhalation se fait pendant la phase stertoreuse car marquée généralement d'une inspiration ample dont la condition sine qua non est une ouverture glottique maximum.

La diversité des corps étrangers quelque soit le siège et la nature a été l'objet de plusieurs écrits ; chaque cas venant enrichir la panoplie (6,7,8,9,10).

Dans le premier cas, nous assistons à l'un des cas les plus décrits dans la littérature, la pièce de monnaie. Ce type de corps étranger n'est vu à cet âge que rarement et lors de circonstances particulières, l'état clinique du sujet aidant (2,3).

Dans le deuxième cas il s'agit certes d'un produit alimentaire dont plusieurs cas ont été décrits selon les régions (8,10) mais il faut noter la particularité de sa taille et de sa forme. Cette noix mesurait 25mm de hauteur et 14 mm de diamètre et a été admise dans une glotte ayant 11 à 12 mm de diamètre moyen et un diamètre bronchique moyen de 16 mm (11). La tolérance dans les voies naturelles d'un corps étranger est surtout fonction de son siège et de ses caractères (forme, structure et consistance). Ainsi son séjour va varier selon les signes engendrés sinon le diagnostic s'en trouvera égaré et cela pour des délais plus ou moins longs, allant de quelques heures à plusieurs années (10,12,13).

Dans l'œsophage les signes déterminés sont fonction du siège où le niveau du sphincter supérieur est la zone la plus réflexogène de rejet, de vomissement.

Dans les voies respiratoires, le syndrome de pénétration est la première alerte mais quand elle est négligée ou passée inaperçue ou minimisée, la présence du corps étranger n'est révélée que fortuitement ou par des complications. Ces complications peuvent être de plusieurs ordres et de gravité variable. De la toux banale épisodiquement fébrile avec bronchorrhée faisant évoquer de la bronchite à la tuberculose ou même une tumeur des voies respiratoires. Il s'agira de mener un interrogatoire minutieux et de donner toute une importance à un signe insolite qu'est la toux et aussi être attentif aux broncho-pneumopathies récidivantes et tenaces (4,5,

10, 12,13). Nous n'avons pas retrouvé le syndrome de pénétration par la brutalité de l'état neurologique et du fait de l'amnésie post critique.

Quand au terrain de psychopathie, la pathologie des corps étrangers est certes fréquente mais sa physiopathologie échappe à la plupart des praticiens. Les crises de délirés qui la caractérisent entraînent des accidents divers dont l'histoire ne peut être saisie ou retenue à toutes les occasions. Les deux accidents retrouvés sont ils conséquences l'un de l'autre ? A quand date l'ingestion du corps étranger ?

Habituellement la prise en charge de telles affections ne pose guère de difficulté pourvue de disposer du matériel adéquat, ce qui n'est pas le cas de nos pays (1).

Dans les corps étrangers de l'œsophage, le diagnostic en général est aisé d'autant plus que le corps est radio opaque comme la pièce de monnaie. Une incidence radiologique cervicale de face suffit dans la plupart des cas ; car la plus accessible.

Les difficultés se posent surtout pour les corps étrangers des voies respiratoires pour leur volume, leur consistance et très souvent leur aspect et forme (4). La radiographie standard peut être normale dans plusieurs cas (5,6,10) mais aussi pose de nombreux problèmes de diagnostic différentiel en cas d'anomalie (8). Les signes indirects ne doivent pas être ignorés : atelectasie, infiltration et abcès (5,8,12). La préférence du scanner dans la mesure du possible serait l'idéal. On retiendra que << le doute doit imposer l'endoscopie >> (1).

D'une part nous avons procédé à une œsophagoscopie où l'extraction était aisée au SSO. D'autre part la bronchoscopie au tube rigide bien que laborieuse a permis d'extraire la noix. La difficulté résidait dans le diamètre de cette noix qui avoisinait celui de la bronche et de la non adaptation de la pince à notre disposition. Elle fut emmaillée par le lâchage de la noix par dérapage de la pince dans la trachée aux premiers essais. Son refoulement dans la bronche souche a permis de retenter sa forte préhension et enfin de réussir son extraction. Ces endoscopies sont fréquemment butées à ces faits à savoir l'absence de jeux de pinces, de tubes de bronchoscopie et d'œsophagoscopie(1).

CONCLUSION

L'ORL peut être concerné par un handicap physique ou neurologique car facteur favorisant des pathologies telle celle des corps étrangers. Devant ces pathologies il est important de l'évoquer en plus des autres risques habituellement connus (conduite d'engins, fréquentation de certains lieux, pratique de certains sports) comme étant à risque. Ceci est d'autant plus grave que dans

la prise en charge de tels handicaps il faut désormais envisager leur éducation dans ce sens pour des mesures préventives.

REFERENCES

1. DIOP E M, DIOUF R, NDIAYE I C, TENDING A, TOURE S. Maladies tropicales oto-rhino-laryngologiques. Encycl. Med Chir (Paris) oto-rhino-laryngologie, 20-925-A-10,2000, 16p

2. BAROS(de) A, DEHESDIN D. Corps Étrangers de l'oesophage. Encycl. Med Chir (Paris) oto-rhino-laryngologie, 20-835-A-10, 2000, 5p.

3. AG Mohamed A., TIMBO S.K., TOGOLA-KONIPO F. Etude rétrospective des corps étrangers en ORL. A propos de 193 cas colligés à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako. Mali Med : 1995, 11 (3& 4): 5-7

4. ZUBAIRI A B, HAQUE A S, HUSAIN S J, KHAN J. A. Foreign body aspiration in adults. Singapore Med J 2006; 47(5) : 415-418

5. KAREN L. S. Airway Foreign Bodies : What's New ? Semin Respir Crit Care Med 2004; 25: 405-411.

6. PINTO A. , SCAGLIONE M., PINTO F et al Tracheobronchial aspiration of foreign bodies: current indications for emergency plain chest radiography. Radiol med 2006, (111):497-506

7. SAQUIB MALLICK M., RAUF KHAN A., AL-BASSAM A.

Late Presentation of Tracheobronchial Foreign Body aspiration in Children. Journal of Tropical Pediatrics: 2005; 51(3):145-148

8. CHING-HUA, CHUN-LIANG LAI, TSUNG-TSUNG TSAI, YU CHIN LEE, REURY-PERING. Foreign body aspiration into the lower airway in Chinese adult.

CHEST 1997; 112(1) :129-133

9. AG MOHAMED A., TIMBO S-K., KONIPO-TOGOLA F. et al Bronchotomie gauche pour corps étranger. Les Cahiers d'ORL 2002 ; T XXXVII-N°5-6 : 272-275.

10. MIDULLA F., GUIDI R., BARBATO A. Foreign body aspiration in children. Pediatrics International 2005 ;47: 663-668

11. LEGENT F., PERLEMUTER L., VANDENBROUCK Cl., Cahiers d'anatomie ORL, PARIS: 4^{ème} Ed Masson, (2) ,1985; 138p.

12 YILMAZ A., AKKAYA E., DAMAGOGLU E., GUNGOR S.

Occult bronchial foreign body aspiration in adults: analysis of four cases. Respiratology, 2004; 9 (4): 561-563

13. LISA L. ,WILLET T., BARNEY J., SAYLORS G., DRANSFIELD M.

An Unusual Cause of Chronic Cough- Foreign Body Aspiration. J Gen Intern Med ,2006; 21:C1-C3.

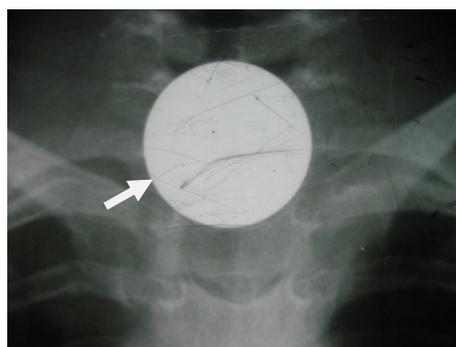


Fig 1: Corps étranger de l'oesophage (observation n°1)



Fig2 : noix de Ballanites Aegyptia (observation n°2)



Fig4 : Prothèsedentaire (observation n°3)



Fig 3 : TDM du torax (Observation n°2)



Fig 6 : photo corps étranger de l'oesophage après lavage soigneux (observation n°4)



Fig 4 bis : prothèse dentaire (observation n°3)



Fig 5 : Photo corps étranger de l'oesophage (observation n°4)